

Q. 2 家族にはどのような負担がかかるのでしょうか？

A. 患者をなるべく1人にしないことが大切ですので、そのための負担がかかることとなります。患者本人の身の回りの世話だけでなく、例えば通院が可能な場合は、付き添っての送り迎えが必要です。通院が不可能になって訪問診療・訪問看護を受ける場合には、医師・看護師の指導により痰の吸引や点滴の針を抜いたりという医療行為を行わなければならないこともあります。疼痛コントロールのための麻薬の使用方法・管理などにも気を配らなければなりません。

Q. 家族の負担を軽くするためにどんな方法があるのですか？

A. 患者への介護サービスを利用するという方法です。それにより家族の負担が軽減されます。介護する人は、常時1人プラス定期的に、または必要に応じて応援してくれる人が1人以上いると在宅でのケアが継続できるといわれていますが、家事援助や身体介護などの介護サービスを利用することで、負担を軽減することができます。詳しくはケアマネジャーが相談にのります。

Q. 介護サービスはどうしたら受けられるのですか？

A. 要介護認定の申請が必要です。患者が65歳以上であれば要介護認定を受けることができます。また、40～64歳であっても医師に末期がん(特定疾患)と診断された場合は要介護認定を受けることができます。まず、住民票のある市町村の窓口申請し、要介護認定を受けます。判定が出るまでに約1ヶ月かかりますので、早めに申請することが大切です。

Q. 要介護認定には医師の診断書が必要なのですか？

A. はい、必要です。それは意見書というものです。主治医に書いてもらいますが、その際、最短の余命期間を記述してもらうことや、今後新たに生じると予想される高度障害の内容を記述してもらうことが大切です。入院先の医師ではなく経験のある診療所の医師に書いてもらうこともできます。

Q. ケアマネジャーの役割はどんなことですか？

A. 利用者の状況に応じて、介護サービスを組み合わせ、ケアプランを立てるのがケアマネジャーの役割です。介護保険から給付されるサービスは、認定された要介護度によって上限があります(資料1参照)。その限度内で様々な介護サービスを組み合わせ、費用を合算し、利用者はその通常1割を負担します。ケアマネジャーは居宅介護支援事業所に所属していますので、市町村から事業者の一覧表をもらい、その中から選び、契約をします。

Q. どのようなケアマネジャーを選べばいいのですか？

A. 医療の知識が豊富で在宅医療に詳しいことが望ましいでしょう。さらに介護保険と医療保険をうまくコーディネートし病状の変化についても対応できる人が最適です。よく話を聞き、精神的ケアのできるケアマネジャーは心強い味方となります。



Q. 介護サービスには色々な種類があるのですか？

A. はい、サービスの内容は豊富です。家族の負担を軽減する方法としては、家事援助(掃除、洗濯、買い物、調理など)と身体介護(食事・排泄・入浴の介助など)の2つのサービスがあります。これらはホームヘルパーによる訪問介護サービスです。その他福祉用具のレンタルや住宅改修などのサービスなどもあり、ケアマネジャーが相談にのります。

例) 要介護4の場合の介護内容と費用例

内容	回数	1回の単位	費用総額	自己負担額(1割)
身体介護	60分×60回 (1ヶ月30日×1日2回)	402単位	241,200円 計算1単位=10円	24,120円
ベッド一式貸与	1	1,800単位	18,000円 計算1単位=10円	1,800円
車いす貸与	1	700単位	7,000円	700円
4点杖貸与	1	100単位	1,000円	100円
合計			267,200円	26,720円

Q. 3 自宅に往診してくれる医師は



どのようにして探せばいいのでしょうか？

A. 在宅療養支援診療所という名称で探してみましょう。

在宅療養支援診療所という制度は平成 18 年 4 月から始まりました。(資料 2 参照)。この診療所は、在宅医療を支えるためのいくつかの特長があります。その中に以下のことが定められています。

- (1) 24 時間緊急な往診が可能であること
 - (2) 24 時間訪問看護が可能であること
 - (3) ケアマネジャーとも密な連絡をとり、医療・介護の連携を図ること
- このような体制で在宅での療養を支援する診療所です。

※在宅療養支援診療所の探し方は 8 ページを参照下さい。

Q. 在宅療養支援診療所というのは往診が専門の診療所のことですか？

A. いいえ、そうではありません。訪問診療や往診を専門とした診療所の数は多くはありません。午前中は外来診療を行い、午後から訪問診療を行っているところもあれば、曜日を決めて訪問診療を行っているところもあります(資料 3 参照)。診療科は多岐にわたり、診療内容も様々です(資料 4 参照)。

(注)訪問診療とは、在宅療養の総合的な計画を作成した上で、定期的に行う在宅での医療のことで往診とは、患者の求めに応じて実施される在宅での医療を指します。

Q. 在宅療養支援診療所以外でも往診してくれる医師はいますか？

A. はい、います。在宅療養支援診療所という制度は、平成 18 年 4 月に始まったばかりの制度なので、診療所によっては、在宅療養支援診療所を申請していないところもあります。今までかかりつけであった診療所が、退院後在宅医療を受け入れてくれる場合もあります。また、病院によっては往診を行うところもあります。

Q. 費用はどれくらいかかるのですか？

A. 医療機関が選択する診療報酬によって違います。詳しくは 10~12 ページをご参照ください。

<終末期に携わっている在宅療養支援診療所の探し方の例>

九州厚生局

(平成 20 年 4 月より)(資料 5 参照)

- ・在宅療養支援診療所がどこにあるのか
近所の診療所は在宅療養支援診療所なのかなど(市区町村を指定するとその範囲内で
教えてくれます)
- ・診療内容については、公表していません

WAM NET(ワムネット)

医療機関の自己
申告の情報から
診療内容がわかり
ます

<http://www.wam.go.jp/iryo/>

正式名称：独立行政法人
福祉医療機構

訪問看護

ステーション

訪問看護ステーションは在宅医について詳しい
情報を持っていることがあります



入院中であれば、病院に紹介しても
らいましょう。

ご自身で探す場合は、候補がしぼり
こめましたら、直接連絡をとってその
在宅療養支援診療所の医師とよくご相
談ください。

地域連携室

- ・病院には地域連携室という相談機関が
あり、在宅療養支援診療所を紹介してくれる
ことになっています(資料 6)
- ・ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどが
所属する相談窓口もあります
- ・在宅療養支援診療所と病院は、連携を大切
な課題として取り組んでいます

Q. 4 訪問看護師はどこへ頼めば

来てくれるのでしょうか？



- A. 訪問看護ステーションという、訪問看護師を派遣してくれる事業所があります。ただし、医師が、訪問看護が必要と判断し、「訪問看護指示書」を交付することが利用の条件です。訪問看護師は、医師、ケアマネジャーなどと連携して患者を支援します。

Q. 訪問看護師の役割はどんなことですか？

- A. 自宅に来て患者の医療面・生活面のケアを行うのはもちろんですが、家族の精神的なケアも行います。また、家族に看護のしかたや患者の変化の予測も教えてくれます。

Q. 週に何回ぐらいきてもらえるのですか？

- A. 医療保険では、通常3日までとなっていますが、がん末期の場合は週4日以上利用が可能です。また、急に病状が悪化した時などは、医師の「特別訪問看護指示書」の交付によって、1ヶ月に14日以内であれば、病状が落ち着くまで毎日利用することができます。

Q. 24時間いつでも来てもらえるのですか？

- A. いえ、そうとはかぎりません。その場合は24時間体制をとっていて、さらに緊急時に対応できる体制をとっている訪問看護ステーションを選ぶ必要があります。終末期医療の経験なども確認し、丁寧に相談に応じてくれる所を探しましょう。

Q. 費用はどれくらいかかるのですか？

- A. 医療保険の診療報酬によってちがいます。詳しくは、10～12ページをご参照ください。

Q. 5 患者が急変した時は家族は どうすればいいのでしょうか？



A. 患者の容態が変わった時は、まず、かかりつけの医師、在宅療養支援診療所の医師、または訪問看護師に連絡をしてください。状態に応じた対応をしてくれるはずです。

また、在宅でのケアが困難になった時、レスパイトケアといって、病院や介護療養施設などに短期間患者を預かってもらうことにより、患者の状態を安定させ、介護者の疲れを癒す方法があります。それでも、解決できない場合は、緩和ケア病棟へ入院するという方法もあります。病院を紹介することも在宅医療に携わる医師の重要な仕事です。

Q. 緩和ケア病棟へはすぐに入院できますか？

A. 病院によって異なります。入院予約の多いところでは1ヶ月待たなければならないところもあります。できれば、在宅での療養を始める前後に、本人か家族が緩和ケア外来を受診しカルテを作っておく方がよいでしょう。上記のレスパイトケアを受け入れてもらうことも容易になります。

緩和ケア外来を受けた後に、病院の判定委員会で入院の可否、時期などが検討される場合もあります。

Q. 手術のために入院していた病院には入院できないのですか？

A. 手術を受けた病院は、基本的には治すことを目的とした病院なので入院できないことがあります。治療の効果が認められない場合や、副作用や疼痛のコントロールを行うことが目的の場合は、目的に合った緩和ケア病棟や療養病床への入院を勧められることが多いでしょう。緩和ケア病棟を附属している病院であれば、ベッドが空くまでの間、一時的に一般病棟で状態を見てもらえることもあります。

Q. 6 患者が痛みで苦しがあった時は どうすればいいのでしょうか？



A. すぐにかかりつけの医師、在宅療養支援診療所の医師、または訪問看護師に連絡してください。医療用麻薬(オピオイド)の発達によって、自宅での疼痛コントロールが可能になりました。ただし、副作用があり、使い方に技術の必要な鎮痛薬のため、疼痛コントロールに精通した医師の協力が欠かせません。現在、疼痛コントロールについての研修が、在宅医療に携わる医師を対象に積極的に行われています。

Q. 麻薬を使うと中毒になるのでしょうか？

A. いいえ、麻薬中毒や依存症にはなりません。モルヒネなどを中心とした医療用麻薬をオピオイド鎮痛薬といい、法律で医療用に許可しています。ニュースなどで報道されている乱用麻薬とは別のもので、痛みをとるために、鎮痛効果が途切れないよう一定の間隔で飲まなければなりません、中毒になるようなことはありません。



Q. がんの痛みというのは、そんなにひどいのですか？

A. 末期がんを襲う痛みは、身体的苦痛だけでなく、全人的な苦痛があります。全人的苦痛とは、仕事や家庭のことなどを思う「社会的苦痛」や、孤独や恐れなどによる「精神的苦痛」、人生の意味を問い直すというような「スピリチュアルな苦痛」からなり、そのすべての苦痛を総称した呼び方です。

Q. 家族が他にできることはありますか？

A. 家族がそばにいて、体をさすり、声をかけ、患者に安心してもらうことが痛みの緩和につながります。医師は薬の調整を行うだけでなく、十分に話を聞き、痛みをわかり、その苦しみをできる限り取り除くという緩和ケアを行います。そのために家族は、患者が医師に、どこがどのように痛むのか、どんなことが辛いのかを我慢せずに話せるようサポートすることが大切です。

Q. 7 在宅での終末期の医療費は どれくらいかかるのでしょうか？



A. 診療報酬の請求の方法は医療機関によって違いがあります。また、症状によっても費用は変わります。在宅療養支援診療所と、それ以外の診療所では、診療報酬に違いがある部分もあります。費用については複雑でわかりづらいところがありますが、おおよその概算例をあげてみました。参考にしてみてください。

<末期のがんで在宅療養支援診療所を利用した場合の1ヶ月の費用>例

内容： 訪問診療 週1回+訪問看護 週3回以上

1ヶ月の在宅療養費内訳(概算)	1ヶ月の治療費	(注)院外処方せんが交付される場合の費用です。訪問診療・訪問看護に回数の制限はありません。
在宅末期医療総合診療料 14,950 円 × 30 日	453,800 円	
在宅患者訪問看護・指導料 5,300 円 × 1 日		

* 診療に係る検査・薬代、処置料等が含まれています。

◎この場合の1ヶ月の自己負担額 (高額療養費制度という制度が適用されます)

70 歳以上	一般・現役並み所得者	12,000 円
	低所得者	8,000 円
70 歳未満	上位所得者	136,140 円
	一般	81,968 円
	住民税非課税世帯	35,400 円

(注)訪問者の交通費はその実費を患者側が負担することになっています

<高額療養費制度とは>医療費の負担割合は、年齢と所得によって4段階に分かれています(資料7参照)、負担する金額は、1ヶ月ごとに、年齢と所得によって上限額が設けられています(資料8~10参照)。

70 歳以上の場合その月の負担額が限度額に達した時点で、窓口での支払いは不要です。70 歳未満の場合負担額をいったん納め、申請することによって保険者・市町村から、限度額を超えた金額が後から戻ってきます。

< 医師が月に2回訪問する場合の訪問診療の一般的な費用 > 例

内容: 訪問診療 月2回



◎1ヶ月の自己負担額(概算)

自己負担の割合	1. 在宅療養支援診療所で24時間 対応体制をとった患者の場合		2. 1以外の場合	
	1割負担の場合	3割負担の場合	1割負担の場合	3割負担の場合
訪問診療料(2回)	1,660円	4,980円	1,660円	4,980円
在宅時医学総合 診療料	4,200円 (処方せん交付)	12,600円 (処方せん交付)	2,200円 (処方せん交付)	6,600円 (処方せん交付)
1ヵ月の合計	5,860円	17,580円	3,860円	11,580円

(注) ① 訪問者の交通費はその実費を患者側が負担することになっています

② 診療に係る検査・薬代、処置料、酸素、人工呼吸器管理料等は含まれていません。

◎往診の費用: 1割負担の場合、1回 650円となります。

(ただし、緊急・夜間・深夜によって別途加算されます。)



< 訪問看護ステーションから週2回訪問看護を受けた場合の一般的な費用 > 例

内容: 訪問看護 週2回

◎1ヶ月の自己負担額(概算)

訪問看護の回数	1割負担の場合	3割負担の場合
週2回(月8回)	約 8,000円	約 24,000円

(注) ①訪問者の交通費はその実費を患者側が負担することになっています

②事業所によっては、休日呼び出し料金など自費のかかる料金設定になっている場合があります。

Q. 高額療養費制度は70歳以上と70歳未満では違うのですか？

A. はい、そうです。70歳以上の場合個人ごとに外来の上限額が決まっています(資料8参照)。現在は、一般・現役並み所得者の上限額が12,000円、低所得者の上限額が8,000円と決まっています(資料9参照)。



Q. 70歳未満の場合、なぜ70歳以上より限度額が高いのですか？

A. 70歳未満の場合、高額療養費制度は、所得が少なくなる高齢者とは違い、現役としての所得を見込まれた上限額となっています。そのため、自己負担する上限額は70歳以上の場合より高くなっています(資料10参照)。

Q. 訪問看護ステーションを利用する場合も高額療養費制度は使えますか？

A. はい、手続きをすれば使えます。自己負担額をいったん訪問看護ステーションに払い、訪問診療等の費用と合算して、自己負担限度額を超えた分については後から返金される仕組みになっています。医療保険とは異なり、年齢に関係なくこの形をとりますので、注意が必要です。

Q. 緩和ケア病棟に入院するとどれくらいの費用がかかりますか？

A. 入院料は1日37,800円と定められています(1ヶ月で約1,100,000円)。食費は一食260円を別途負担します。高額療養費制度を利用し

70歳以上の場合

①現役並み所得者 約88,000円+食費 約23,000円 =111,000円

②一般 44,400円+食費 約23,000円 = 67,000円

となります。その月の限度額以上の窓口での支払いは不要です。保険外で差額ベッド代がかかる場合は、その金額も合算し、負担額を見積もっておくと安心です。その他日用品代や、家族宿泊代なども考慮しておいて下さい。(資料8・9参照)

70歳未満の場合 は、いったん自己負担額を納め、後から限度額を超えた金額が返金されます。支払いが困難な場合は「高額療養費の貸付制度」という制度がありますので、保険者・市町村に問い合わせしてみてください。

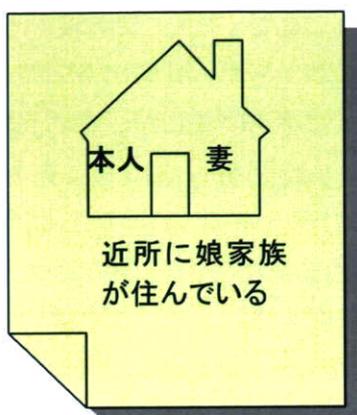
Q. 8 実際に自宅で終末期を過ごされた人は どのような生活をなさっているのでしょうか？

いくつかの例をご紹介します。ご家族の話を書き留めた形になっています。

70代 男性 胃がん

<妻の話>

<家族構成>



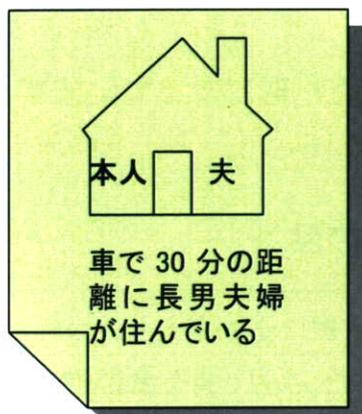
(注)「リビング・ウィル」というのは、日本尊厳死協会が発行しているものです。その内容は①無意味な延命措置の拒否②苦痛を最大限に和らげる治療の希望③植物状態になった時は生命維持装置を取りやめる、というものです。患者の意思を、意識のある状態の時に示しておくことを目的としています(資料11)。

2007年4月、夫は検診で胃に影があるといわれ、再検査で胃がんと告げられました。7月、胃を全部取る手術を受けその際、進行性のがんであるという診断を受けました。退院後、夫は「リビング・ウィル」(注)を主治医の先生に渡し、積極的な治療は受けないという気持ちを伝えました。抗がん剤の副作用に苦しむより、残りの時間を自分らしく過ごしたいという気持ちが強かったからです。先生も外来での抗がん剤治療を無理強いしませんでした。

しばらくして、首のあたりに痛みを感じ、主治医の先生に検査をしてもらったところ、骨への転移が見つかりました。疼痛を管理するために緩和ケア病棟への入院を勧められましたが、夫は自宅で過ごしたいという気持ちに変わりないことを告げ、週に1回在宅療養支援診療所の医師の訪問診療と週3回の訪問看護で疼痛管理を行うことになりました。鎮痛剤が貼り薬だったので、気分のいい時は私と散歩に行くこともできました。週末は娘が孫を連れて訪れ、孫に絵本を読んでもやるのがこの上ない喜びのようでした。

一方、私は、疼痛が激しくなった場合、自宅で管理できるかどうか不安でした。在宅療養支援診療所の医師と相談の上、手術を受けた病院の緩和ケア病棟に、急変時の対応を依頼して一安心しました。けれども、痛みが激しくなっても、訪問看護師さんが毎日きてくれたので、入院の話は持ち出さずでした。夫は眠っている時間が長くなり、話をするのが少なくなっていきましたが、それまでに色々な思い出話ができたり、娘や孫の明るい笑い声を聞かせてあげられたことが何よりよかったと思っています。夫は10月に私たちに見守られ静かに息をひきとりました。

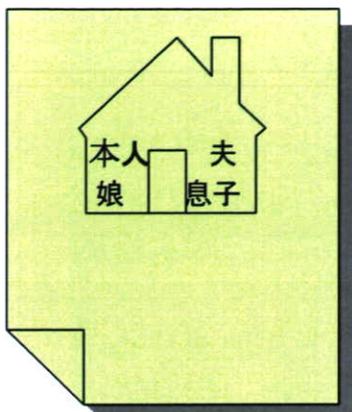
＜家族構成＞



(注)2006年4月の介護保険制度改正・介護報酬改定で生活援助の「1時間30分以上」の報酬が廃止されたため、身体介護と生活援助を組み合わせ、1回3時間以上のサービスが受けられなくなりました。

母は父と二人暮らしで、私たち夫婦は車で30分の距離に住んでいました。共働きのため、週末だけ泊りに行っておりました。母は病院の耳鼻科に入退院を繰り返していましたが、これ以上の治療は難しいと主治医に言われ、母の希望で、2005年10月、自宅での療養に移行することになりました。主な問題は左耳下腺がんの再発部分のがん性の疼痛とお尻の床ずれでした。母は要介護度5の寝たきり状態で、また、父も狭心症の持病があり、一人で母を支えきれないため、担当のケアマネジャーに在宅支援システムを整えてもらいました。まず、週末以外の月曜から金曜まで、午前中3時間をヘルパーに来てもらい、家事援助と身体介護を頼みました。午後は週6日訪問看護にきてもらい、週末は私たちが泊まるので、その間父は完全に休息をとることができました。医師が週1回訪問診療に訪れ、疼痛の管理を行ってくれるだけでなく、話を聞いてくれるので、父はとてもありがたかったようです。ところが、2006年4月より、介護保険による長時間の生活援助サービスが制限されることになり(注)、妻と相談し、妻に介護休暇をとってもらい頻繁に通うようにしました。私も実家から会社に通うこともありました。母は5月ぐらいから徐々に食事が食べられなくなり、また、会話を交わすことがほとんどなくなってきたので、もう、何もかも解らなくなってしまうのだろうか、私たちは覚悟をし始めました。時々意味の通じない言葉で誰かと会話をしているような仕草をみせ始めたため、看護師さんから「大丈夫だよ」と声をかけるように言われました。声をかけられることで本人も安心しているのだと説明を受け、反応はなくても、それで心穏やかに旅立てるならばと手をさすりながらできるだけ声をかけました。数日後、私たちに見守られながら母は安らかに永眠しました。父も高齢ながら、よく頑張ってくれたと思います。また、なにより、妻が仕事を休んで、母の看病をしてくれたことにとっても感謝しています。

＜家族構成＞



(注1)2006年の介護保険の改正により、40歳～64歳の末期がんの第2号被保険者の場合も、厚生労働大臣が定めた特定疾患に該当することになり、介護認定を受けた人は介護サービスをうけることができるようになりました。

(注2)介護保険では要介護区分に関係なく、上限20万円までの住宅改修費が支給されます。なお、支払いについての自己負担割合は、総額の1割で償還払い方式となっています。償還払い方式とは、利用者が一旦改修費の全額を改修業者に支払い、申請書を居住の市区町村へ提出し、申請内容が介護保険の対象と認められた場合に、9割分が払い戻される方式です。その9割の金額の上限が20万円ということです。

2004年3月妻は十二指腸がんが見つかり、4月に手術、7月に退院できましたが、検査の結果、転移したがんが見つかり、11月に卵巣を取り除く手術をしました。12月から、外来で通院しながら抗がん剤治療を受けていたのですが、その後も手術を繰り返すこととなりました。

2006年8月もはや治療の効果はないと判断した主治医から緩和ケア病棟への入院を勧められましたが、妻は時間が限られているのであれば家族と過ごしたいと決断し、私も妻の思い通りにしてやりたいと考え妻に賛成しました。主治医にそのことを話したところ、在宅緩和ケアを実施している在宅療養支援診療所を紹介してもらうことになりました。また、ソーシャルワーカーの勧めで介護保険の介護認定の申請も行いました(注1)。

自宅に帰ってからは週3回の訪問看護で、栄養をとるための点滴や腸液を抜く作業、入浴の介助などをしてもらい、私たち家族はできることを分担して協力しあおうと話合いました。その姿をみて、妻は頼もしく思っていたようです。1ヶ月後に要介護3の認定を受け、ケアマネジャーが廊下とトイレの手すりの手配をしてくれたので、トイレには介助を受けながら、なんとか行くことができました(注2)。また、週2回ヘルパーの家事援助を受けるようになり、私自身もほっとしました。医師が診療所から週1回訪問診療を行い、訪問看護師が痛み止めの量を調整してくれました。腸液を吸い出すポンプの不調や腹痛、吐き気、全身のむくみなどがあり、心配した私が夜中に訪問看護師に電話をすることもありましたが、その都度状態に応じた指示を受け、徐々に看護にも慣れていきました。それでも、不安がぬぐえないほどのだるさを訴える時は、医師が往診してくれたので、精神的にも落ち着くことができました。

24時間体制で支えられた2006年も終わり、上の娘が推薦で大学の合格が決まったので、お祝いに、2007年お正月には家族で温泉に行き、露天風呂つきの部屋で気兼ねなく楽しいひと時を過ごすことができました。3月に妻が亡くなった今、貴重な家族の思い出です。

おわりに

最後までお読みいただき、ありがとうございました。患者さんの最後の願いを受けとめ、なんとか応えたいという気持ちを持っておられる方々に、心より敬意を表します。

核家族化が進み、家族の介護力の低下が加速する中で、自宅で患者さんを看取った方々、また、自宅での療養をサポートし、患者さんだけでなくその家族までケアしておられる医療福祉に携わる方々に出会う時、その思いの深さに強く心を打たれます。

このたび、福岡県の医療計画の在宅分野を担うという好機に恵まれ、在宅終末期医療についての情報提供という場をいただきました。今回は、患者を支えたいという思いがあっても、どうしていいかわからないという家族に向けて、短期集中的に社会の力を集める方法について情報提供いたしました。

簡単な入門書ではありますが、この冊子が家族の負担感を軽くし、一步を踏み出すきっかけになることを願ってやみません。

今後、皆さまから不足の情報やご意見をいただき、この冊子をもっと充実させていきたいと思っています。

最後になりましたが、この冊子の作成にあたり、様々なご指導とあたたかい励ましを下された皆様に心より御礼申し上げます。

平成 20 年 1 月

九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻
武藤稲子

P.4 資料 1 介護保険の1ヶ月の自己負担額

介護度	支給限度額	自己負担額
要介護1	165,800円	16,580円
要介護2	194,800円	19,480円
要介護3	267,500円	26,750円
要介護4	306,000円	30,600円
要介護5	358,300円	35,830円

* 支給限度額の1割

P.5 資料 2 在宅療養支援診療所の施設基準

1. 24時間連絡を受ける医師または看護職員を用意する
2. 当該診療所または別の保健医療機関の保険医との連携をとり24時間往診が可能な体制を確保する
3. 看護師との連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保する
4. 緊急時に患者が入院できる病床を常に確保する
5. 患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容など、緊急の対応に必要な診療情報を連携医療機関などに文書により随時提供する
6. 以上の詳細を患者に文書で提供する
7. 保険医療サービス、福祉サービスとの連携調整を担当するものと連携する
8. 年に1回、在宅看取り数などを社会保険事務局に報告すること

P.5 資料 3 ・福岡県は九州大学大学院医学研究院と共同で、平成19年10月に、福岡県内に所在する在宅療養支援診療所(654件平成19年3月現在)に対してアンケート調査を行った。(回収率75%)

同アンケートのデータを用い、「在宅療養支援診療所の経営モデルに関する検討」を行った同大学院の和泉の分析によると、福岡県の在宅療養支援診療所を週あたりの在宅訪問時間で分類すると以下のものであった。

5時間以下(56%) 5時間超10時間以下(13%)
10時間超15時間以下(6%) 20時間超(7%) 0時間(13.6%)

P.5 資料 4 ・同アンケートによると、以下のようなことがわかった。

1. 有床診療所(28%) 無床診療所(72%)
2. 訪問可能エリア 片道 5km、20 分(中央値)
3. 常勤医師数 1 人(81%) 2 人以上(17%)
4. 訪問看護併設 有(4%) 無(96%)
5. 主たる診療科

内科(66%) 外科(11%) 消化器科(胃腸科)37 件

・同アンケートにより、終末期医療に対する取り組みについては以下のようなことがわかった

1. 疼痛管理 64 診療所、呼吸管理 204 診療所
(平成 19 年 4 月～10 月 診療報酬請求実績)
2. 主要な疾病
高血圧(43%) 脳梗塞(22%) アルツハイマー病(16%)
糖尿病(15%) 虚血性疾患(12%) がん(7%)
3. 平均看取り数 1.6 件/年 最大値 55 件

P.6 資料 5 ・平成 20 年 3 月までは社会保険庁が窓口となっているが同 4 月より九州厚生局の管轄となる。

P.6 資料 6 ・福岡県在宅療養支援診療所アンケート調査のデータを基に九州大学大学院医学研究院の山本が行った「在宅療養支援診療所の患者紹介元の類型化と連携に関する研究」によると、福岡県の在宅療養支援診療所を患者紹介元・医療依存度等によって類型化すると結果は以下のようであった。

- 直接来院患者中心型 (45.3%)
- 介護保険事業所からの紹介型 (11.7%)
- 病院からの紹介型(医療依存度低) (21.4%)
- 病院からの紹介型(医療依存度高) (21.7%)

P.10 資料 7 年齢別医療費負担割合表 (平成 19 年 12 月現在)

0 歳～2 歳		医療費の 2 割
3 歳～69 歳		医療費の 3 割
70 歳以上	一定以上所得者*	医療費の 3 割
	上記以外	医療費の 1 割

*一定以上所得者・・・「70 歳以上で国保の被保険者」が「同じ世帯の老人医療受給者(国保被保険者のみ)」のいずれかに該当する人で、1 人でも判定基準所得以上の人がいる世帯に属する 70 歳以上の国保被保険者。判定基準所得は、地方税法上の各種所得控除後の課税所得が 145 万円。ただし、上記に該当する人が判定基準所得以上であっても、収入の額が 2 人以上で 520 万円(1 人では 383 万円)に満たない場合は、申請により 1 割負担となる。

P.10 資料 8 1ヶ月あたりの医療費自己負担の限度額(高額療養費 70 才以上)

所得区分*	外来(個人ごと)	外来と入院を合わせた 暦月 1ヶ月あたり限度額(世帯ごと)
現役並み所得者	44,400 円	80,100 円+(医療費の総額 -267,000 円)×1%
一般	12,000 円	44,400 円
低所得者Ⅱ	8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ	8,000 円	15,000 円

* 所得区分(70 歳以上)

所得区分	所得基準
現役並み所得者	70 歳以上 2 人世帯で課税所得 145 万円以上 かつ 年収 520 万円(単身世帯は 383 万円)以上
一般	年収 212 万円以上
低所得者Ⅱ	世帯全員が住民税非課税
低所得者Ⅰ	住民税非課税世帯、かつ世帯所得がない場合。 年金収入の場合、単身世帯・収入 80 円以下、 70 歳以上 2 人世帯・収入 160 万円以下など

P.10 資料 9 ・平成 18 年 10 月の医療法改正で、70 歳以上の現役並み所得者の自己負担金の割合が 2 割から 3 割に増加。そのため緩和措置として、平成 18 年から最大 2 年間、月ごとの自己負担限度額は、現役並みよりも低い「一般」の額が適用されている。

つまり、窓口負担割合は 3 割で外来限度額は 12,000 円、外来と入院を合わせた限度額は世帯ごとで 44,400 円となっている。

福岡県では、限度額を越えて支払った額の払い戻しは一度手続きをしておくで 3~4ヶ月後に振り込まれるようになっている。

P.10 資料 10 1ヶ月あたりの医療費自己負担の限度額(高額療養費・70歳未満)

所得区分	暦月1ヶ月あたり自己負担の上限額
上位所得者	150,000円+(医療費の総額-500,000円)×1%
一般*	80,100円+(医療費の総額-267,000円)×1%
住民税非課税世帯	35,400円

*一般・・・会社員では月収53万円未満、自営業者では国民健康保険料基礎控除後総所得金額等が600万円以下の世帯

P.13 資料 11 ・「リビング・ウィル」

「生前に発行する遺言書」という意味で、日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書」がこの名で呼ばれている。その主な内容は

1. 不治かつ末期になった場合、無意味な延命措置を拒否する
2. 苦痛を最大限に和らげる治療をしてほしい
3. 植物状態に陥った場合、生命維持装置をとりやめてほしいというものである。

日本尊厳死協会ではこのリビング・ウィルを発行している。

<http://www.songenshi-kyokai.com/dwd02.htm>

・「レット・ミー・ディサイド」

「治療の事前指定書」という意味。

命に関わる病気で意識不明になった時の、①治療の方法、②栄養補給の方法、③心停止の際の心肺蘇生の希望の有無を事前に指定しておくというもの。

福岡レット・ミー・ディサイド研究会 <http://www.drmino.jp/>

・「献体」

献体とは、医学・歯学の大学における人体解剖学の教育・研究に役立たせるため、自分の遺体は無条件・無報酬で提供することをいう。生前から献体したい大学またはこれに関連した団体に名前を登録しておき、亡くなった時、遺族あるいは関係者がその遺志にしたがって遺体を大学に提供する。

(財)日本篤志献体協会 <http://www.kentai.or.jp/>

<参考文献>

- 1) 鈴木央、在宅療養支援診療所を考える一般診療所の立場から、日本医学会雑誌、2007;8:242-246
- 2) 福井小紀子、家族にできるケアの手引き、訪問看護と介護、2007;12:1040-1045
- 3) 白井孝子、訪問看護を知る、ケアマネジャー、2007;11:16-18
- 4) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会、ニノ坂保喜編、在宅ホスピスガイドブック、福岡:木星舎、2007
- 5) 栗林令子編、在宅診療報酬 Q&A、東京:医学通信社、2006
- 6) 日本ホスピス・在宅ケア研究会編、退院後のがん患者と家族の支援ガイド、大阪:プリメド社、2004
- 7) 長岡美代著、親の入院・介護に直面したら読む本、東京:実務教育出版、2006
- 8) ニノ坂保喜監修、在宅ホスピスのススメ、福岡、木星舎、2005
- 9) 斉木和夫、松田栄子編、在宅療養支援診療所連携ガイドブック、東京:医師薬出版、2007
- 10) 福岡県保健福祉部医療指導課編、在宅でその人らしく「家族支援」、福岡:福岡県保健福祉部医療指導課、2006
- 11) 下山直人、がん安心読本、東京:暮らしの手帳、2007
- 12) 山崎章郎、米沢慧、新ホスピス宣言、東京:雲母書房、2006

参考資料4. 千葉県保健医療計画（在宅医療部分（案））

第3節 居宅等における医療の推進

施策の現状・課題

- 近年の人口の高齢化、疾病構造の変化、在宅療養を可能にする医療技術の進歩を背景に、住み慣れた家庭や地域の中で質の高い療養生活を送りたいという県民のニーズが増大しています。
- 疾病の予防、治療（急性期）、リハビリテーション(回復期)から在宅療養へと切れ目のない包括的なケアの充実が求められている中、医療機能の分化と連携を推進するためにも、在宅療養の推進は大きな課題になっています。

《 現状 》

- 財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が、平成17年に全国に居住する20～89歳の男女1,078名を対象に、「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」についてのアンケート調査を実施しました。その結果、「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の83.3%となりました。しかしながら63.3%の方は「自宅ですごしたいが、実現は難しいと思う」と回答しており、在宅での療養がさまざまな理由により困難と考えている現状があります。
- 全国の死亡者の死亡場所の推移は、昭和50年までは、在宅死が半数でしたが、昭和51年を境に逆転し、現在は病院死が85%を超えています。また、千葉県についても全国と同様の傾向にあるといえます。
- 千葉県では県民の約8割が病院と診療所等の医療機関で死亡しています。また、自宅は13%(全国12%)にとどまっており、上記アンケート結果の「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の83.3%と大きなへだたりがあります。
- 県内の往診実施診療所については、平成8年の631施設から平成11年の1,027施設と増加し、その後平成14年718施設、平成17年713施設となっていますが、実施件数については、平成8年2,723件、平成11年6,121件、平成14年5,711件、平成17年は5,753件と実施施設数の減少に対して、実施件数そのものは微増となっています。
- 県内の往診実施病院については、平成8年の56施設から平成11年の129施設をピークとして平成17年は56施設と平成8年の水準に戻り、病院数に対する往診実施病院の比率については平成8年の18.4%から平成11年に43.1%となり、その後、平成14年23.9%と一気に半減し、平成17年には19.8%と減少が進んでいます。また、各年の9月1ヶ月間の往診件数は、平成8年の432件から平成11年に1,355件と3倍になり、平成14年に1,105件、平成17年には848件と減少していますが、実施病院の減少率と比較するとゆるやかであるため、往診実施病院1施設当たりの往診件数は、増加しているといえます。